

Caso 118

Artritis séptica interapofisaria C7-D1, asociada a absceso epidural, en contexto de bacteriemia por *estafilococo aureus*, tras coronariografía diagnóstica

FLORENCIO GONZÁLEZ MÁRQUEZ, PEDRO RABANERA GÓNGORA, MERCEDES BRAVO PANIAGUA, RICARDO GARCÍA MORA, JOSÉ LUIS PALMA AGUILAR, MARÍA PEÑA CAPUZ

Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos. Sevilla

HISTORIA CLÍNICA-ANTECEDENTES PERSONALES

Exponemos el caso clínico de una mujer de 68 años, sin alergias conocidas, hipertensa y diabética tipo II, en seguimiento en cardiología por una fibrilación auricular crónica (FAC) y una insuficiencia mitral moderada-severa, pendiente de valoración en cirugía cardiovascular, que fue sometida a una coronariografía diagnóstica una semana antes del ingreso en urgencias. Estaba en tratamiento con acenocumarol, glicacida, insulina, digoxina, enalapril y amlodipino.

Acude a urgencias por presentar desde hace unos días, prácticamente desde el alta de la coronariografía, un cuadro de fiebre y malestar general, asociados a dolor cervical creciente, cefalea intensa y vómitos esporádicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A su llegada a urgencias está febril, con regular estado general, aunque estable hemodinamicamente y bien hidratada y perfundida. La auscultación muestra un corazón arritmico con soplo sistólico más evidente en foco mitral III/VI, a buena frecuencia, y los pulmones están normoventilados. La exploración neurológica muestra signos de irritación meníngea, con clara rigidez de nuca, con intenso dolor a las maniobras de movilización cervical, y un déficit motor de predominio distal (4+/5) asociado a parestesias en miembro superior dere-

cho (MSD). El abdomen era normal, y no había otros hallazgos de interés en ese momento.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó estudio analítico completo, cuyos resultados fueron los siguientes: Hemograma, con mínima leucocitosis con neutrofilia. Bioquímica abdominal, con glucosa 290, y GGT 1076 con FA 425 (resto normal). Gasometría normal. Coagulación, con INR: 1,34 (a pesar de acenocumarol) y reactivantes de fase aguda, con procalcitonina de 6,9 y PCR de 336. La orina fue normal, la Rx de tórax mostraba un ICT elevado, sin imagen de condensación o derrame, y el ECG mostraba una FAC conocida, a buena frecuencia, con cubeta digitalica, sin otros hallazgos. Se solicitaron además hemocultivos.

Llegamos a la conclusión de que ante la clínica de la paciente, y los hallazgos exploratorios, necesitábamos realizar una punción lumbar (PL), ante lo cual se solicitó un TAC de cráneo, informado posteriormente como normal.

Se realizó la PL, previo consentimiento informado, obteniéndose un líquido de aspecto turbio, con proteínas totales 228, con 900 leucocitos/mm³ (98% PMN), y glucosa 106 mg/dl. Seguimos pendientes de Gram y cultivo.

Se realizó ecocardiografía, detectándose la alteración valvular conocida, sin apreciarse vegetaciones, ni otras imágenes compatibles con endocarditis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN URGENCIAS

La clínica de la paciente nos obligó a descartar inicialmente un foco infeccioso a nivel del Sistema nervioso central.

- Meningitis/ Encefalitis (alta sospecha clínica y analítica. LCR patológico)
- Absceso cerebral (descartado por TAC craneal informado como normal)

Menos probable nos pareció inicialmente un foco a cualquier otro nivel, aunque dado el antecedente intervencionista reciente, tampoco podíamos descartarlos.

- Septicemia (no descartable. Pendientes de Hemocultivo).
- Endocarditis (no confirmada con Ecocardiografía)



Figura 1

- Infección respiratoria (no probable por clínica y Rx tórax normal).
- Infección de punción vascular (no datos clínicos actuales)
- Infección urinaria (no confirmada por orina normal)
- Osteomielitis-Artritis cervical. (Precisa otras técnicas diagnósticas).

EVOLUCIÓN

Antes de recibir el resultado del LCR en urgencias, se inició tratamiento con dexametasona, ceftriaxona y analgésicos, ante el intenso dolor cervical de la paciente.

Al llegar el resultado del LCR llamó la atención el hecho de que en cuanto a celularidad, parecía corresponder a una meningitis bacteriana, pero no se detectaron bacterias en el Gram, y no había consumo de glucosa. Se añadieron vancomicina y ampicilina al tratamiento. Poco después llegaron los resultados de los Hemocultivos, todos positivos a *Staphylococcus aureus* meticilin sensibles, y el cultivo de LCR fue negativo.

Ante la persistencia del dolor intenso a nivel cervical, y de la alteración exploratoria hallada inicialmente en MSD, se solicitó RMN cervical, con el resultado: *Hallazgos sugestivos de artritis séptica en articulación interapofisaria derecha C7-D1, con masa de partes blandas de carácter inflamatorio que oblitera el agujero de conjunción adyacente. Se acompaña de importantes cambios inflamatorios, epidural y meníngeos que afecta a todo el*

segmento cervical, y de un pequeño absceso epidural que se extiende desde la articulación, rodeando el canal raquídeo y ocupando el receso lateral derecho y el espacio epidural anterior, desplazando cordón medular.

Ante estos hallazgos, contactamos con Neurocirugía, que tras valorar en caso, desestimó el tratamiento quirúrgico, optándose inicialmente por tratamiento médico. La paciente mejoró clínicamente con tratamiento antibiótico iv, tras antibiograma (cloxacilina), y al alta se fue con amoxicilina y rifampicina.

DIAGNÓSTICO FINAL

Artritis séptica interapofisaria derecha C7-D, con masa de partes blandas que oblitera agujero de conjunción, asociada a absceso epidural que desplaza cordón medular, en contexto de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilin sensible, en paciente sometida recientemente a coronariografía diagnóstica.

DISCUSIÓN

En los servicios de urgencias debemos estar muy pendientes de los pacientes que sufren complicaciones infecciosas derivadas de la realización de técnicas invasivas, incluidas por supuesto, las intervenciones vasculares con finalidad diagnóstica o terapéutica.

Las complicaciones infecciosas después de un cateterismo son infrecuentes (< 1%) y la mayoría de las comunicadas corresponden a infecciones loca-

les, cercanas con frecuencia al punto de acceso vascular, o a bacteriemias^{1,2}. En este sentido, aunque las complicaciones infecciosas graves derivadas de estas técnicas, son muy raras, el caso que exponemos pone de manifiesto una realidad que aunque no se ve con frecuencia, existe, y que como médicos de urgencias debemos conocer, ya que si la complicación se manifiesta tras el alta hospitalaria, con toda probabilidad, será por nuestros servicios, por donde aparecerán este tipo de pacientes.

No encontramos en la bibliografía muchos casos en que la bacteriemia por *S. aureus*, tras un cateterismo, haya derivado en una artritis séptica^{3,4}, y no hemos encontrado ningún caso comunicado en que la artritis séptica fuese a nivel de las articulaciones interapofisarias vertebrales cervico-dorsales, y que además se asocie a un absceso epidural, por lo que consideramos muy interesante la comunicación de este caso clínico concreto.

Con todo, debemos considerarla artritis séptica como complicación infecciosa, en contexto de una bacteriemia por *S. aureus*, en todo paciente que tras un procedimiento vascular invasivo, comience con fiebre, malestar general y dolor e inflamación articular evidente, en articulaciones superficiales, o con fiebre y dolor al mover articulaciones profundas.

Como ocurrió en nuestro caso, el germen más frecuentemente aislado en este tipo de infecciones, es el *S. aureus*⁵, por lo que es importante la extracción de hemocultivos y el tratamiento empírico con antibióticos activos frente a este microorganismo, cuando se sospeche que el cuadro infeccioso de un paciente pueda estar en relación con un procedimiento vascular reciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz P, Blanco JR, Rodríguez-Creixems M, García E, Delcán JL, Bouza E. Bloodstream infection after invasive non-surgical cardiology procedures. *Arch Intern Med*. 2001;161:2110-5.
2. Baddour LM, Bettmann MA, Bolger AF, Epstein AE, Ferrieri P, Gerber MA, et al. Non valvular cardiovascular device-related infections. AHA Scientific Statement. *Circulation*. 2003;108:2015-31.
3. Hoseini SK, Nouri A, Jozaghi S. A case of septic arthritis of the sternoclavicular joint after coronary angiography. *Int Angiol*. 2008 Dec;27(6):536-8.
4. Ayhan H, Bayram NA, Keles T, Durmaz T, Bozkurt E. Case report: hip septic arthritis and abscess after diagnostic coronary angiography. *Perfusion*. 2010 Jan;25(1):47-9. Epub 2010 Feb 4.
5. Cleveland KO, Gelfand MS. Invasive staphylococcal infections complicating percutaneous transluminal coronary angioplasty: three cases and review. *Clin Infect Dis*. 1995;21:93-6.

COMENTARIO EDITORIAL

Proceso infeccioso osteoarticular de localización poco habitual y como consecuencia de una técnica diagnóstica-terapéutica invasiva de realización frecuente en la atención clínica. Las complicaciones más frecuentes, infecciosas o de otro tipo, se limitan normalmente a la zona de acceso vascular y con menos frecuencia bacteriemias.

La presentación de bacteriemias e infecciones a distancia son realmente infrecuentes, por este motivo, el presente caso nos sirve como reflexión para valoración de pacientes sometidos a técnicas, cada vez más rutinarias a la vez que invasivas, y que presentan complicaciones

La valoración inicial con la presencia de alteraciones sugestivas de proceso infeccioso agudo, los pasos diagnósticos son adecuados, descartando los procesos más frecuentes, y realizando un panteamiento terapéutico para la cobertura del microorganismo habitualmente causante del proceso.

De gran valor para los médicos de Urgencias, dado el numero de pacientes sometidos de forma programada a exploraciones invasivas y que acuden a Urgencias cuando presentan complicaciones diferidas.

Mikel Martínez.
Hospital de Basurto. Bilbao